

PAGE

MANQUANTE

Présentation de la face pendant la grossesse

PAR E. A. RENÉ DE COTRET

Professeur de Clinique obstétricale, accoucheur de la Maternité

Messieurs,

Je vous ai présenté dernièrement une des raretés non-seulement de l'obstétrique mais même une rareté médicale, je veux parler du cas "d'Empétigo herpétiforme" que nous avons eu la bonne chance de rencontrer ici ; aujourd'hui, je vais ou plutôt nous allons ensemble faire le diagnostic d'une "présentation" de la "face," pendant la grossesse ; ce qui n'est pas du tout banal comme rencontre, puisque la présentation "primitive" de la face a été niée par un certain nombre des plus célèbres accoucheurs, entre autres Baudelocque, Chailly, Duncan Hubert Pinard.

Vous voyez le rappelez, quand on vous a parlé de la fréquence des différentes présentations, on vous a dit, en suivant l'ordre de fréquence, qu'on observait le plus souvent la présentation du sommet, celle du siège, puis celle de l'épaule et enfin, le moins fréquemment, la présentation de la face qui ne se voit qu'une fois sur 250 ou 275 accouchements. On n'a certainement pas oublié de vous dire aussi qu'on distingue deux présentations de la face : "présentation primitive et présentation secondaire."

Dans la présentation de la face, naturellement le fœtus se présente par la face, c'est à-dire que l'extrémité céphalique est défléchie, renversée en arrière, l'occiput arrivant en contact avec la région du dos, le menton élargi du sternum.

Je viens de dire que la présentation de la face est ou "primitive ou secondaire." La première est excessivement rare, cependant Naegelé, Spiegelberg, Olivier, Bossi, P. Bar, Brindeau, Ribemont-Dessaignes, et Fieux en ont cité des cas. Cette présentation "primitive" de la face existe dans les derniers temps de la grossesse avant tout début de travail.

La présentation secondaire se constitue au moment de l'accouchement et elle est consécutive à une présentation du sommet, elle résulte d'une déflexion de la tête se produisant au début du travail ; autrement dit c'est une présentation du sommet transformée. Cette transformation peut s'accomplir au début du travail quand la tête est encore au détroit supérieur ; et c'est le cas le plus fréquent. On peut encore l'observer au cours du travail dans l'excavation pelvienne, alors que la tête est engagée ; c'est ici une exception ; et dans ce cas elle n'est possible qu'avec une petite tête, dont le diamètre O. M. ne va pas au delà de 12 centimètres.

Toutes les causes qui entravent l'accommodation pel-

viennne favorisent la présentation de la face. Ces causes tiennent : 1. à la mère ; 2. au fœtus ; 3. aux annexes fœtales. Je les énumérerai rapidement : la multiparité, les rétrécissements du bassin, l'obliquité de l'utérus, le développement inégal du segment inférieur, la plénitude de la vessie, l'augmentation de volume du fœtus, la dolichocéphalie, certains états pathologiques ou malformations du fœtus (tumeurs du coté, grenouillette, hypertrophie du corps thyroïde, méningocèle, l'acranie,) l'hydrométrie de l'amnios, l'insertion basse du placenta, les circonvolutions du cordon et sa brièveté.

La présentation primitive ne s'observe qu'à titre accidentel pendant la grossesse lorsqu'il existe une malformation utérine ou un défaut d'extensibilité de la paroi utérine coïncidant avec une quantité minime de liquide amniotique (Ribemont-Dessaignes).

Dans les présentations de la face on rencontre les positions ordinaires gauche et droite avec leurs variétés. Mais les positions les plus fréquentes sont les droites postérieures puis les gauches antérieures ; les autres se rencontrent rarement.

Le "diagnostic" de la présentation du sommet se fait par le "palper, le toucher et l'auscultation." !

Par le palper, on trouve une grosse tumeur au-dessus ou au niveau du détroit supérieur. Cette tumeur arrondie, très volumineuse, c'est l'extrémité céphalique ; elle paraît n'occuper qu'une moitié du bassin ; elle est facilement accessible du côté où se trouve l'occiput, la tête semble manquer de l'autre. Cependant, quelquefois, du côté opposé à la tumeur accessible, on peut, avant que la déflexion soit complète, sentir une saillie en forme de fer à cheval, constituée par le maxillaire inférieur.

Au fond de l'utérus, mais du même côté que la partie saillante de la tête, on trouve la tumeur, formée par le siège, c'est une tumeur volumineuse accompagnée par les membres inférieurs.

L'exploration du dos est difficile et très importante ; c'est elle qui nous donne surtout la clef du diagnostic. Si l'on veut suivre le plan résistant constitué par le dos, comme on le trouve dans la présentation du sommet, on est surpris de constater que ce plan semble s'éloigner de la main exploratrice. En effet, la main qui cherche à suivre le dos en allant du pôle pelvien au pôle céphalique ne tarde pas à perdre peu à peu la sensation de la résistance qu'offre le plan postérieur du fœtus ; car ce plan s'éloigne de plus en plus de la paroi utérine, à cause de l'attitude particulière du fœtus. Pour suivre et apprécier le plan résistant, il faut déprimer lentement et profondément la paroi abdominale ; car cette surface résistante et continue semble s'enfoncer dans la cavité abdominale (Pinard). Entre l'occiput et la région dorsale, la main exploratrice s'enfonce dans un angle rentrant très marqué, une dépression considérable "en coup de hache," sorte de sinus profond qui est caractéristique de l'extrémité céphalique défléchie ou de la face.

Les petits membres du fœtus très superficiels, surtout dans les régions antérieures, sont perçus avec la plus grande netteté. Lefour a pu, dans un cas, sentir avec la pul-

pe du doigt les battements du coeur foetal, parce que le plan antérieur du foetus fait saillie et que le coeur se trouve rapproché de la paroi abdominale.

Dans quelques cas rares, les bras du foetus sont reportés en arrière, du côté du dos du foetus et par le palper on peut reconnaître ce déplacement.

Il va sans dire que si l'on peut faire par le palper le diagnostic de la présentation de la face, il est facile d'en faire le diagnostic de la position.

Le palper est surtout utile pendant la grossesse et au début du travail.

Pendant la grossesse, le "toucher" ne donne pas de renseignements très positifs. Cependant dans quelques cas excessivement rares on peut trouver les traits caractéristiques de la présentation de la face.

Pendant l'accouchement, "le toucher, nous disent Budin et Demelin, nous donne des renseignements un peu différents suivant la période de l'accouchement à laquelle on le pratique : 1^e au début du travail ; 2^e alors que les membranes viennent de se rompre ; 3^e quand la poche des eaux étant déchirée depuis longtemps, il s'est formé une bosse séro-sanguine." Je laisse de côté cette question pour le moment.

Dans les présentations de la face, les bruits du coeur foetal "s'entendent" un peu plus haut que dans les présentations du sommet. Dans les mento-antérieures, les bruits sont entendus avec une grande netteté.

Nous chercherons dans un instant si nous pouvons diagnostiquer aussi facilement une présentation de la face que nous l'avons fait dimanche dernier.

Je passe sous silence le mécanisme de l'accouchement dans les présentations de la face ; j'y reviendrai plus tard.

Le pronostic de l'accouchement dans la présentation de la face est un peu plus sérieux pour la mère et surtout pour l'enfant que dans les présentations du sommet. Pour la mère, comme l'accouchement est généralement plus long et plus difficile, les chances d'infection sont aussi plus grandes, et le périnée est aussi plus exposé à être déchiré plus largement.

Pour le foetus, le pronostic est plus grave parce que la présentation de la face favorise la procidence des membres et du cordon, et la compression du cordon ; elle expose à la distension des vaisseaux et des nerfs du cou qui sont en outre comprimés derrière la face postérieure de la symphyse. La face de l'enfant présente un aspect repoussant après la naissance.

Quelle conduite faut-il tenir dans les présentations de la face ?

1^o Pendant la grossesse. Dans les rares cas de présentation de la face constatée pendant la grossesse, il est légitime de tenter la transformation en présentation du sommet (Bar). On peut le faire par la méthode Schatz à l'aide de manoeuvres externes. Voici ce qu'en dit Tarnier : "Pour réussir, il y a trois mouvements à exécuter. Dans le premier, on soulève les épaules et la partie supérieure de la poitrine du foetus, afin de rendre à la tête la liberté nécessaire pour qu'elle puisse se fléchir. Le deuxième mouvement favorise encore la flexion ; il est exé-

cuté par une main qui pousse la tête vers le plan antérieur du foetus. Enfin, dans un troisième mouvement, qui ne peut être exécuté que par un aide, le siège du foetus est poussé en bas et du même côté que la tête, c'est-à-dire vers le plan antérieur du foetus, de manière à faire engager le sommet. En examinant de près ces trois mouvements, on peut les synthétiser en remarquant qu'ils ont pour résultat unique de faire prendre au foetus son attitude naturelle en forçant la tête à se fléchir ; pour cela, on agit aux deux extrémités de l'ovoïde foetal, de manière à lui faire prendre la forme d'un arc de cercle dont la concavité répondra au plan antérieur de l'enfant. Le mouvement le plus difficile à exécuter est le premier, celui qui consiste à porter suffisamment en haut les épaules et la partie supérieure du thorax."

Voici ce que dit Pinard de ce procédé : "J'ai, comme M. Tarnier essayé sur le mannequin et j'ai toujours réussi, mais je dois avouer aussi que j'ai essayé sur les femmes en travail et que j'ai toujours échoué."

Ainsi la "manoeuvre de Schatz," simple en théorie donne rarement le résultat cherché.

Si la présentation de la face dépendait d'une obliquité utérine, on pourrait essayer de transformer cette présentation en corrigeant l'obliquité.

2^o Pendant le travail, la face est au détroit supérieur ou dans l'excavation. Dans le premier cas on peut tenter les manoeuvres de Schatz ou employer la méthode de Pinard qui n'est qu'une variante de la vieille "méthode française" qui consistait à introduire la main dans l'orifice utérin, et à embrasser la région occipitale pour l'entraîner en bas.

Voici la méthode de Pinard : "Le diagnostic de la présentation étant établi, après avoir constaté que la région foetale n'est pas assez engagée pour que la bascule ne puisse se faire, il faut introduire deux doigts ou la main dans le vagin et les appliquer sur la fontanelle antérieure généralement accessible, car elle se trouve au centre du bassin ou en est rapprochée. Cela étant fait, l'autre main restée libre va à l'extérieur à la recherche de l'occiput. Lorsque la main est bien appliquée sur cette région, des pressions simultanées seront exercées de la façon suivante : tandis que les doigts presseront de bas en haut sur les portions du frontal, les doigts appliqués sur l'occiput à travers la paroi abdominale presseront de haut en bas.

"Pour réussir plus facilement il est nécessaire que les pressions soient dirigées non-seulement de haut en bas et de bas en haut, mais encore latéralement et en sens inverse, c'est-à-dire que dans la mento-iliaque droite postérieure, les doigts devront diriger le front de gauche à droite et d'avant en arrière, tandis que la main appliquée sur l'occiput exerce des pressions de droite à gauche et d'arrière en avant. Il est donc absolument nécessaire d'introduire les doigts de la main gauche dans les mento-droites postérieures et les doigts de la main droite dans les mento-gauches postérieures."

Ces manoeuvres peuvent être tentées pendant la contraction ou dans l'intervalle de deux contractions.

Thorn a conseillé une méthode à peu près semblable. Il s'agit encore de manoeuvres mixtes ou combinées : la main externe et la main interne, agissant sur le tronc et sur la tête foetale, transforment la "lordose" de la présentation de la face en "cyphose" de la présentation de l'occiput. La main qui correspond au dos du foetus introduite dans le vagin prend point d'appui sur les parties saillantes de la présentation; puis, après avoir un peu délogé la tête du détroit supérieur, repousse successivement en haut la face et le front; pendant ce temps, la main externe abaisse l'occiput vers l'excavation, puis repousse la poitrine du foetus, de façon à redresser la colonne vertébrale, enfin cherche à abaisser le siège vers le plan antérieur du foetus, de manière à produire l'attitude normale du tronc dans la présentation du sommet.

Ces différentes manoeuvres exposent la femme à l'infection puerpérale, aux procidences du cordon. On ne peut recourir à ces différentes manoeuvres que lorsque le col est complètement dilaté ou facilement dilatable. Dans ces dernières circonstances, c'est-à-dire avec un col dilaté ou dilatable il vaudrait encore mieux recourir à la version par manoeuvres internes, qui est l'opération de choix s'il y a indication de terminer rapidement l'accouchement; si la tête est encore mobilisable, si l'utérus n'est point trop retracté; si le détroit supérieur n'est pas trop rétréci; si les bras du foetus se trouvent reportés en arrière.

2^e Quand la face est engagée, les manoeuvres de réduction ne sont plus de mise et l'attente est le procédé de choix tant que le foetus ne souffre pas, il ne faut pas intervenir. Il faut se rappeler que, dans les présentations de la face, l'accouchement est parfois long, laborieux, mais qu'en général il se termine spontanément.

Clinique Médicale

Maladies rénales héréditaires

Débilité Rénale

M. Castaigne a consacré 2 de ses dernières leçons faites à St Ant. aux mal. Ren. herd. et à la débilité rénale, sujets peu connus jusqu'ici et dont l'intérêt est très grand au point de vue pratique.

La première de ces leçons fut inspirée par le cas d'une jeune fille de 15 ans, qui ne présente aucun antécédent pathologique et chez laquelle on a découvert de grosses quantités d'albumine dans les urines, 5 à 6 grammes, un peu par hasard au moment même de la mort de son frère, lequel avait succombé à des crises d'éclampsie subintrantes, sans qu'il y ait eu chez lui, plus que chez sa soeur, aucune infection ou intoxication préexistante. Ne semble-t-il pas qu'on puisse dans ce cas incriminer une af-

fection héréditaire, quoique la notion d'hérédité dans les maladies rénales ne soit pas classique; et cependant bien souvent chez les néphritiques on ne trouve pas d'étiologie: on accuse alors le "locus minoris resistencie" ou encore une ancienne scarlatine connue ou méconnue, sous prétexte que cette maladie a une affinité spéciale pour les reins.

Comment peuvent donc se transmettre les maladies rénales? C'est ce qu'a particulièrement recherché M. Castaigne, et il conclut qu'elles peuvent se transmettre des parents à l'enfant dans les cas de maladies toxiques, infectieuses ou organiques. Les maladies infectieuses et toxiques ont été étudiées les premières, et parmi elles la syphilis joue le rôle principal, car elle devient syphilis héréditaire rénale précoce ou tardive.

La syphilis héréditaire précoce se manifeste dès les premiers jours de la naissance, par des lésions cutanées, des lésions hépatiques avec ascite, et des urines albumineuses; en ce cas, la mort arrive vite et l'autopsie fait toujours découvrir le tréponème pâle caractéristique de la syphilis. Les faits qui peuvent rentrer dans cette catégorie sont nombreux, mais ne sont pas les plus intéressants au point de vue néphrite héréditaire car la maladie n'y était pas exclusivement rénale. Mais il y a maintenant de nombreux faits de syphilis héréditaire précoce uniquement localisée sur les reins, chez des enfants qui meurent en général dans les six premiers mois de la vie.

A côté de ces cas, on observe des néphrites syphilitiques héréditaires tardives: on voit des enfants qui ne présentent aucune lésion syphilitique et chez qui, brusquement, à 15 ou 16 ans, on découvre de l'albumine dans les urines. Ce sont donc plus exactement des cas d'albuminurie syphilitique tardive, qui guérissent souvent par l'application d'un traitement d'épreuve, ou bien parfois ces malades présentent des néphrites graves et l'autopsie montre des gômmes sclérosées.

Si la preuve est donc faite pour la syphilis héréditaire, d'autres maladies infectieuses chroniques peuvent donner naissance à des faits analogues, en particulier le paludisme, et encore, surtout dans nos pays, la tuberculose, qui est très importante puisque M. Castaigne a pu déjà faire deux autopsies d'enfants présentant des néphrites tuberculeuses héréditaires.

Enfin, il y a encore les maladies toxiques, qui se transmettent des parents aux enfants, la goutte par exemple, mais là la discussion est possible, car c'est une maladie qui lèse tous les organes; il faudra donc n'accepter ce groupe de maladies rénales héréditaires qu'avec réserve. Cependant Lecorché et Talamon ont constaté des néphrites généralement peu graves avec albuminurie passagère, survenant sans cause. On a signalé aussi des néphrites analogues chez des enfants de diabétiques ou d'arthritiques. Il faut donc tenir tout de même compte de ces maladies chroniques qui peuvent se transmettre sous forme de maladie rénale.

Enfin il est un dernier groupe de faits d'hérédité rénale proprement dite, dont le type peut être fourni par l'observation d'une malade de Talamon. Cette malade,

à qui, on avait enlevé un rein polykystique, entre dans son service-enceinte avec de l'albumine. Elle accoucha à terme cependant d'un enfant qui meurt au bout de quelques semaines, présentant des lésions très nettes de néphrite interstitielle. L'autopsie de la mère montra un rein très altéré.

Quoique les cas analogues, dont M. Castaigne a toute une série, constituent maintenant un fait anatomo-clinique indiscutable, il a cherché à reproduire les mêmes faits expérimentalement.

Pour cela, il a produit chirurgicalement et médicalement des lésions rénales chez des chiennes qui ont été couvertes ensuite ; dans bien des cas ces chiennes n'ont pas eu de petits. Chez celles qui en ont eu il a presque toujours retrouvé les lésions rénales chez les petits.

Ces expériences ont été renouvelées chez tous les animaux de laboratoire et les résultats ont été les mêmes.

En résumé, dans le cas qui a servi de sujet à cette leçon, l'enquête sur les antécédents syphilitiques de la jeune fille est très difficile, car, comme toujours, les malades nient la syphilis. Cependant après une enquête minutieuse la syphilis a été dépistée, ce qui a une très grosse importance au point de vue traitement ; car dans un cas comme celui-là, le traitement spécifique donne d'excellents résultats.

La possibilité de l'hérédité rénale est donc certaine, mais il reste encore à savoir sous quelle forme elle peut se manifester.

En général, c'est la néphrite chronique urémigène que l'on retrouvera, Mais on peut aussi avoir affaire à une néphrite hydropigène, ou bien, très souvent, à une néphrite chronique albumineuse simple, ou bien enfin à la débilité rénale.

M. Castaigne a décrit sous ce nom un état lésionnel du rein amenant des conditions telles qu'il résiste moins bien aux infections et aux intoxications minimes en laissant filtrer l'albumine. Mais dans quelles conditions peut-on faire le diagnostic de cet état particulier des reins ?

Pour y arriver, il faut faire l'examen des malades au point de vue de l'albuminurie provoquée, examen qui est basé sur le passage des albumines hétérogènes à travers le rein. En effet, si l'albumine du blanc d'oeuf est introduite dans le sang d'un homme normal, elle ne passe pas dans l'urine ; chez un débile rénal, au contraire, on la retrouvera dans les urines. Cette épreuve nécessaire pour le diagnostic est connue depuis Claude Bernard, qui l'observa par hasard sur lui-même et qui dès ce moment préparait évidemment l'urémie dont il est mort.

Pour faire cette expérience, plusieurs procédés sont en présence : l'ingestion du blanc d'oeuf en nature, qui n'est pas à recommander, car l'albumine pourrait être transformée en albumine endogène par le suc gastrique. Cependant ce procédé réussit assez souvent, car les sucs digestifs agissent très mal sur le blanc d'oeuf cru, qui peut arriver jusque dans l'intestin où il sera absorbé en nature. Il vaut mieux, en général, avoir recours aux injections sous-cutanées sans aucune crainte d'infection, car

le blanc d'oeuf recueilli avec soin est absolument aseptique.

La crainte des infections a toutefois amené certains auteurs à préférer le lavement de blancs d'oeuf, car avec une sonde assez longue on peut porter très loin du liquide sans qu'on ait à redouter l'action du suc digestif. En tous cas, quel que soit le procédé employé, chaque fois qu'on retrouvera l'albumine dans les urines on pourra affirmer "débilité rénale" ; ce qu'on pourra d'ailleurs affirmer par l'épreuve de la chlorure alimentaire si, en faisant prendre au malade dix grammes de chlorure de sodium en dehors de ses repas l'albumine apparaît.

M. Castaigne a été amené à cette idée de débilité rénale par de très nombreuses observations d'enfants qui, à la suite d'une maladie infectieuse légère, comme une varicelle, une rougeole ou les oreillons, font de l'albumine et cela dans une proportion d'environ 15 p. c., et aussi par des observations très rigoureuses et même des expérimentations d'albuminurie post-chloroformique. Il a en effet observé plus de 400 malades sur lesquels plus de 13 p. c. ont fait de l'albumine après leur sommeil chloroformique. La quantité de chloroforme absorbé n'avait aucune importance, pas plus que la nature de l'opération qui semblait devoir jouer un rôle. En effet, M. Castaigne a systématiquement écarté toutes les opérations portant sur le ventre et cependant les autres opérés présentaient aussi de l'albumine, si bien qu'en présence de ces faits on a pu faire le diagnostic précoce de débilité rénale, diagnostic qui toutes les fois a été confirmé par l'apparition de l'albumine post-opératoire.

Cette débilité rénale étant prouvée, on pourra en trouver deux types cliniques : une débilité rénale héréditaire et une acquise. La débilité rénale héréditaire est expliquée par la leçon résumée ci-dessus sur les maladies rénales héréditaires, qui peuvent se diviser en trois groupes. Dans le premier la maladie rénale héréditaire est incompatible avec la vie ; dans le second on a affaire à des néphrites hydropigènes ou urémigènes ; dans le troisième enfin, on doit classer la débilité rénale simple. Et c'est ainsi que dans une même famille si l'on observe des cas du premier ou du second groupe, on peut-être à peu près sûr de trouver la débilité rénale chez les frères ou soeurs qui n'ont pas encore présenté d'albumine.

Ces malades sont d'ailleurs presque tous des enfants d'infectés, d'intoxiqués, syphilitiques, goutteux etc., si bien que souvent on trouve non seulement hérédité rénale, mais encore hypoplasie ou aplasie artérielle qui seules peuvent être causes de néphrites comme cela a bien été démontré ces temps-ci, ou bien aussi hérédité hépatique, d'où la fréquence chez eux de la cholémie familiale ; et l'on peut dire que toutes les néphrites, dont les causes semblaient jusqu'ici inconnues ont maintenant une étiologie bien précise.

Quant à la débilité rénale acquise, il suffit pour la reconnaître de suivre pendant un temps assez long des malades atteints de maladies infectieuses graves qui sont connues pour léser particulièrement les reins. Chez ces malades, l'albuminurie disparaît, mais leur débilité rénale

le, décelée par l'épreuve du blanc d'oeuf, persiste encore un certain temps puis finit par disparaître; chez d'autres, au contraire, cette débilité persiste longtemps, si bien qu'à propos de la plus légère infection ils font des quantités d'albumine.

M. Castaigne a recherché systématiquement cette débilité rénale chez un grand nombre de scarlatineux et ne l'a retrouvée que peu souvent. Il résulterait donc de là que la scarlatine est moins grave qu'on ne croit généralement au point de vue lésions rénales; malgré tout, les cas où on l'a trouvée suffisent à expliquer ces albuminuries qui reviennent quelquefois très longtemps après une scarlatine. En revanche, M. Castaigne a trouvé un très grand nombre de débiles rénaux à la suite d'une albuminurie syphilitique secondaire, ce qui doit être attribué à la même cause que les débilités rénales héréditaires chez les enfants de syphilitiques.

Les constatations expérimentales et anatomo-cliniques sont difficiles à faire chez les syphilitiques héréditaires qui présentent des lésions vasculaires ou autres en grand nombre. L'expérimentation, elle, a permis de trouver des lésions très différentes, les unes très intenses, les autres à peine marquées; mais dans la majorité des cas, M. Castaigne a trouvé des lésions parcellaires, qui doivent être les mêmes que celles qu'on trouve chez les petits néphritiques héréditaires, et qui sont caractérisées par ce fait qu'elles ne portent que sur l'épithélium rénal, qui avait été détruit puis s'était reformé. Les tubes contournés ne ressemblent pas à ce qu'ils sont normalement; c'est du moins ce qu'ont montré les deux seules autopsies de débilité rénale pure.

Cette maladie une fois diagnostiquée, et reconnue exactement, quel en sera le pronostic et l'évolution? Beaucoup de ces malades restent au premier stade de leur débilité rénale mais le plus grand nombre évolue, après plusieurs poussées d'albumine sans cause appréciable, vers la néphrite chronique hydropigène, les hypoplasiques artériels ayant au contraire une tendance à faire de la néphrite chronique urémigène.

Pratiquement, il faut conclure que, parmi les enfants et les jeunes gens, il en est chez lesquels on diagnostiquera la débilité rénale. A ceux-là il faudra imposer une hygiène particulièrement rigoureuse et surtout une vie beaucoup plus restreinte, aussi bien au point de vue alimentaire qu'au point de vue exercices de toutes sortes; ce sont des jeunes gens dont il faudrait faire des agriculteurs quand on aura affaire à des ouvriers il faudra avant tout leur interdire les carrières où ils pourraient être exposés à l'intoxication saturnine.

Quand à la débilité rénale acquise, d'autres notions découlent de ce qu'on a constaté en suivant le malade; mais il sera prudent de ne pas faire un pronostic trop favorable en pensant toujours à la néphrite chronique. Dans quelques cas cependant, lorsque l'épreuve du blanc d'oeuf souvent et longtemps renouvelée sera restée négative, on pourra affirmer la guérison. Le meilleur guide en pareil cas est la conclusion que M. Castaigne a donnée à sa façon en disant "la débilité rénale est aux néphrites

ce que les néphrites sont à l'urémie," montrant par là que toutes les débilités rénales, n'aboutissent pas forcément aux néphrites, pas plus que toutes les néphrites ne donnent pas naturellement de l'urémie; mais pour les unes comme pour les autres, il ne faut pas perdre de vue leur mauvaise évolution, toujours possible.

Pratique Chirurgicale

PATHOLOGIE URINAIRE

Par le Dr Eugène Saint-Jacques, Chirurgien et de l'Hôtel-Dieu

Calcul du rein et radiographie

Le trente huitième Congrès de la Société Allemande de chirurgie tenu il y a quelques semaines s'est signalé par plusieurs communications de toute première importance.

La pathologie urinaire y a tenu une large place. De ces communications, je retiens ce qui a trait aux calculs du rein. Neuhäuser exposait quelques considérations sur le diagnostic et la thérapeutique de la lithiase rénale en s'appuyant sur 229 cas opérés à la clinique du Prof. Israëel, de Berlin.

Notons d'abord que les hommes étaient au nombre de 124 et les femmes 95.

Quant au diagnostic, bien qu'il faille avant tout l'établir à l'aide de l'histoire clinique,—il convient de dire que la radiographie fournit des renseignements précieux. Reconnaissons que si les calculs phosphatiques donnent généralement un résultat positif, par contre les oxalates et les urates ne produisent pas d'ombre et se laissent traverser par les rayons X. Ajoutons même que parfois les calculs composés de phosphates et d'oxalate de chaux échappent parfois à la radiographie.

D'un autre côté, il est certaines affections qui donnent une ombre aux rayons de Roentgen, ainsi en témoignent deux faits rapportés par Neuhäuser: l'un d'un rein polykystique, l'autre d'une pyonéphrose tuberculeuse contenant une bouillie calcaire.

En résumé,— dans le cas de calcul soupçonné, ayons recours à la Radiographie. Un résultat négatif, allant à l'encontre des symptômes cliniques, ne devra pas nous faire abandonner notre diagnostic probable,— tandis qu'un résultat positif, concordant avec les symptômes, nous portera à être plus affirmatif.

Dans cette même communication, nous notons le pourcentage relativement faible —20 p. c.— où la nephrectomie fut jugée nécessaire. Dans 177 cas, après extraction du calcul, on fit la suture de la poche sans drainage du rein, tandis que chez 64 autres malades on dut la drainer

La pyélite chez les enfants

La précision de plus en plus grande que l'on apporte au diagnostic a fait rattacher à leur cause vraie plus d'un symptôme que souvent jusqu'ici on mettait simplement au compte d'une infection gastro-intestinale. Goffert dans un récent travail (in Berlin. Klin. Wochenschrift, avril 1909) met ces faits bien en lumière. Comme il le remarque avec justesse l'affection peut débuter par des symptômes vagues ou pouvant se rattacher à plus d'un autre système : gastro-entérite aiguë, processus pulmonaire aigu ou même méningite, voilà ce que l'on peut être porté à diagnostiquer. L'examen des urines — perfaciles à se procurer chez les enfants nous le reconnaissons — nous donnera souvent la clef.

Thursfield, qui étudie le même problème dans "The Hospital," janv. 1909, montre qu'il existe chez l'enfant trois causes possibles d'infection des voies urinaires. L'agent infectieux peut arriver par le courant sanguin d'un foyer quelconque, il peut remonter de l'urètre et des organes génitaux externes à la vessie et aux reins ; il peut infecter directement les organes urinaires très probablement par les vaisseaux lymphatiques. La fièvre typhoïde est un exemple du premier mode étiologique. Dans beaucoup de cas, il semble que l'infection provienne directement de l'intestin pour aboutir au bassin.

Le microorganisme qu'on trouve le plus souvent dans la pyélite chez les enfants est le colibacille ; le groupe du proteus et surtout le staphylocoque se rencontre moins souvent.

Les symptômes affectent trois types distincts, suivant que l'infection est aiguë, subaiguë ou chronique. Dans tous ces types les symptômes urinaires peuvent passer inaperçus. Ce n'est guère que dans la forme aiguë que l'attention se trouve attirée sur l'urine par quelque symptôme.

La pyélite d'origine tuberculeuse est très rare dans l'enfance. Par contre, on peut rencontrer la pyélite calculuse qui s'accompagne souvent d'hématurie. La pyonéphrose est très rare, quoique l'hydronéphrose soit plus fréquente.

Le phimosis ou un rétrécissement du méat peut quelquefois causer une pyurie avec des symptômes généraux sérieux.

Le traitement d'une pyélite infectieuse aiguë est en général assez simple. Le repos au lit est essentiel ; même dans les cas subaigus les malades ne s'améliorent guère que s'ils restent au lit. L'indication principale est de désinfecter les voies urinaires, à cet effet, on a recours à l'urotropine ou à l'helmitol, dont l'auteur donne de 0,30 à 0,60 centigrammes dans un verre d'eau trois fois par jour. (1)

Dans la plupart des cas ces mesures sont suffisantes

(1) Les pastilles Necker, dosées à 0,50 centig. d'Urotropine et 0,01 centig. d'Ext. de Jusquiame ont encore meilleur effet sur l'action sédative de l'hyosciamine.

pour arrêter rapidement l'affection, mais parfois celle-ci persiste en dépit du traitement. Les vaccinations faites avec les cultures de colibacille n'ont pas donné de résultats bien encourageants chez l'adulte. La récurrence s'observe surtout chez les malades qui n'ont pas été soignés lors d'une première atteinte ou qui l'ont été trop peu de temps. L'auteur n'a jamais constaté de récurrence après un traitement par l'urotropine et le rétablissement de l'état stérile de l'urine. Dans un cas rebelle qui obligea à pratiquer une opération exploratrice, on trouva l'appendice enflammé adhérent au bassin.

* * *

Rupture traumatique de l'urètre

La rupture de l'urètre provient ordinairement d'un traumatisme du périnée, chute à califourchon, coup de pied, etc. Elle est complète ou incomplète ; dans ce dernier cas la portion d'urètre intacte appartient à la paroi antérieure.

Les trois symptômes classiques dit Broca (Tribune Médicale nov. 1908.) sont : l'urétrorragie, la tumeur périméale provoquée par l'épanchement sanguin, et la difficulté de la miction résultant à la fois de la compression exercée par cette tumeur sur l'urètre et du spasme concomitant. Cette difficulté de la miction peut aller jusqu'à la rétention ; et alors on sent le globe vésical dur et tendu, à moins que la vessie ne se vide en infiltrant le périnée par suite du relâchement du spasme : dans ce cas le pronostic n'en est pas meilleur.

Le premier précepte à suivre c'est de ne jamais faire le cathétérisme d'abord ; il n'offre aucun avantage, même s'il reste un pont de tissu sain sur la paroi antérieure de l'urètre pour servir de guide au passage de la sonde. Ce qu'il faut faire, c'est utiliser le périnée pour évacuer le sang et l'urine infiltrés : ce n'est qu'une fois cette incision faite qu'on pourra tenter de passer une sonde ; si elle arrive jusque dans la vessie on la laissera à demeure, si elle n'y arrive pas elle servira toujours de repère pour trouver le bout antérieur de l'urètre : le bout postérieur sera recherché soit avec le doigt, soit avec le stylet : si on ne peut arriver à y passer la sonde on ne s'entêtera pas, le malade passera de lui-même soit par son urètre, soit par son incision périnéale, lorsque le spasme aura cessé.

Le rétrécissement consécutif de l'urètre ne peut presque jamais être évité, même si on fait la suture de l'urètre : c'est pourquoi Iselin et Pasteau ont conseillé d'aboucher le bout postérieur à la peau du périnée : plus tard, si le méat périnéal ne se bouche pas de lui-même par cicatrisation, on le ferme par une autoplastie, à larges lambeaux pris sur la peau du périnée.

* * *

Acidification de l'urine par l'acide borique

L'alcalinité de l'urine tend à altérer la muqueuse urinaire, et l'altération de la muqueuse augmente cette al-

calinité ; d'où indication d'acidifier les urines infectées ou non. Cette indication est encore posée chez les phosphaturiques, car l'acidification empêche la précipitation des phosphates. Pour Etterlen (*Tyon médical*, 1608) l'acidifiant urinaire le plus actif est l'acide borique pris à la dose de 1 à 2 grammes par jour, en cachets ou en solution. A la dose de 2 grammes, en l'espace de quelques jours on constate une diminution considérable du pus ou des phosphates.

L'acide borique est supérieur comme acidifiant à l'acide benzoïque et à l'acide chlorhydrique ; il a, en outre, l'avantage d'être diurétique et favorable au lavage de l'organisme et du rein.

La toxicité de l'acide borique semble avoir été exagérée : l'auteur n'a relevé que cinq cas mortels d'empoisonnement.

* * *

Régime des albuminuriques

D'après Albert Robin :

1^e Le régime exerce une grande influence sur les albuminuriques, quelle que soit la condition génératrice de l'albumine ;

2^e Aucune règle fixe ne permet "a priori" d'appliquer indistinctement tel ou tel régime à un albuminurique, même quand on a établi le diagnostic de la variété anatomique et clinique de la néphrite à traiter ; en d'autres termes, chaque albuminurique présente une personnalité morbide qui ne permet pas de lui imposer par avance tel régime, quelle que soit la faveur officielle dont il jouisse.

3^e Pour chaque albuminurique il est indispensable de faire une expérience préalable qui permet de fixer quel est le régime qui donne lieu à la moindre élimination d'albumine ;

4^e Le régime lacté absolu et les régimes lacto-végétal et lacto-animal donnent généralement moins d'albumine que les régimes dans la composition desquels le lait n'entre pas ;

5^e L'albumine augmente quand on substitue le vin au lait ;

6^e L'alimentation par les oeufs donne moins d'albumine que le régime carné ;

7^e Un régime composé d'oeufs et de lait donne souvent moins d'albumine que le régime lacté absolu ;

8^e Parmi les viandes, le veau et le boeuf conviennent mieux aux albuminuriques que le poulet et le mouton ;

9^e Le poisson paraît toujours augmenter l'élimination d'albumine ;

10^e Parmi les végétaux, les pommes de terre, les choux-fleurs et le riz sont ceux qui donnent lieu à la moindre élimination d'albumine ;

11^e Il est rare que l'addition du pain à un régime quelconque augmente l'élimination d'albumine.

Résultat éloigné d'une double néphrectomie avec la replantation d'un rein

Le 6 février 1908, le rein gauche d'une chienne fut enlevé, perfusé avec de la solution de Locke, placé dans un bocal rempli du même liquide à la température du laboratoire, et enfin replanté sur le même animal. L'interruption de la circulation dans le rein dura cinquante minutes. Quinze jours après le rein droit fut reséqué. L'animal demeura en excellente santé. Aujourd'hui plus d'un an après l'opération, il est entièrement normal et parfaitement bien portant.

Cette curieuse observation, rapportée par M. Alexis Carrel à la "Société de biologie," conduit aux conclusions suivantes : au point de vue chirurgical, la technique des transplantations d'organes est actuellement assez parfaite pour donner des résultats durables. Au point de vue biologique, la perfusion du rein avec de la solution de Locke, une anémie complète de cinquante minutes et sa séparation du système nerveux central peuvent ne produire aucune lésion incompatible avec ses fonctions, pendant un an au moins.

* * *

La polyurie essentielle chez l'enfant

On a beaucoup discuté sur la polyurie essentielle, certains auteurs rejetant cette dénomination d'une façon absolue, d'autres ne l'admettant que d'une façon en quelque sorte provisoire. C'est, en effet, à ce titre qu'il faut l'admettre, le nombre des maladies dites essentielles diminuant chaque jour. Chez l'enfant, cette polyurie n'est pas rare, quoique moins fréquente que le diabète sucré. M. le Dr R. Sahut vient de faire à ce sujet un travail très complet (Thèse de Paris).

Cette polyurie paraît avoir son maximum de fréquence entre cinq et vingt ans. Mais il faut se rappeler que les nourrissons n'en sont pas exempts : Delafield et Rachel ont vu la polyurie s'établir à l'âge de six mois ; Variot à dix-sept mois, Jevell à dix-huit mois, chez un enfant au biberon.

La cause immédiate en est presque toujours très vague : ce qu'on peut dire, c'est que la maladie ne survient guère que chez des sujets névropathes, quelquefois aussi chez des tuberculeux, à tel point qu'on a pu se demander si certaines polyuries ne constituaient pas une forme clinique de la tuberculose. En tous cas, une cause prédisposante d'importance majeure, dans la polyurie essentielle, c'est "l'hérédité," l'hérédité sous des formes multiples, hérédité directe, ou sautant des générations, se transformant même parfois.

Gée constata chez deux enfants une polyurie héréditaire, remontant à la quatrième génération. Weil parle d'une famille de 78 membres encore vivants dont 23 étaient atteints depuis leur naissance ; et Unger rapporte une observation de Lauritzen, concernant plusieurs cas de polyurie transmise par l'aïeule à trois générations : sur

19 personnes 8 furent atteintes dès les premiers temps de la vie, 3 présentaient en même temps de l'incontinence d'urine.

C'est quelquefois le diabète sucré qu'on trouve chez les parents.

Quant à la cause occasionnelle ce peut être un traumatisme une infection générale, une intoxication, une émotion vive. Mais il faut ajouter que, dans certains cas, comme dans une observation de MM. Babonneix et Rouston, il est impossible de trouver ni cause prédisposante, ni cause occasionnelle, ni influence du système nerveux.

Le début de la maladie est ordinairement brusque, caractérisé par une soif intense, polydipsie suivie de la polyurie.

L'enfant polyurique souffre d'une soif inextinguible, extrême, ardente, telles sont les épithètes employées pour la caractériser.

"Le trouble sécrétoire établi, écrit M. Guinon, il se manifeste par un ensemble de symptômes dont le plus frappant est l'augmentation de la soif. Le nouveau-né, à peine retiré du sein, crie et proteste et, sous l'influence de ce besoin incompris de la mère, passe des nuits sans sommeil. L'enfant plus âgé emploie tous les moyens pour se procurer du liquide, vole si on ne lui en fournit pas assez, boit tout ce qui lui tombe sous la main." On voit le malade boire l'eau des carafes, des fontaines et des ruisseaux, du vin, de l'alcool, parfois même sa propre urine, (Achard et Ramond, Ausset). La quantité de boisson ingérée est variable. Chez un enfant dont parlent MM. Achard et Ramond, c'est souvent un demi-litre en une seule fois et un volume total de 5 lit. 50 à 9 lit. 50 en vingt-quatre heures. La malade de MM. de Bück et de Moor buvait par jour 43 pintes d'eau (près de 40 litres).

Lacombe parle d'un enfant de cinq ans qui buvait douze bouteilles d'eau en vingt-quatre heures.

Ordinairement, d'ailleurs, la polydipsie n'est influencée par aucune thérapeutique.

La polyurie constitue le second symptôme.

La quantité d'urine éliminée varie avec les sujets. Chez l'adulte, la règle générale est qu'elle équivaut environ au cinquième ou au septième du poids du corps ; mais l'enfant peut en fournir des proportions plus considérables.

Les chiffres suivants ont été cités : 6 lit. 50 (Neurentter) chez un enfant de trois ans, 7 litres (Gentile) chez un garçon de 6 ans, 9 lit. 50 (Ausset) chez un garçon de 6 ans, 9 lit. 50 (Ausset) chez un garçon de quatre ans, 10 litres (Gerhardt) chez un garçon de quatre ans, 15 lit. 400 (Vierhodt) chez un garçon de six ans et demi, 28 litres (Marinesco) chez un garçon de dix-sept ans.

Avec ces phénomènes, l'état général est ordinairement peu troublé et les malades se plaignent peu d'autres symptômes.

D'ailleurs la marche de la polyurie nerveuse insipide est essentiellement "chronique."

L'affection peut durer longtemps, vingt, trente, quarante, ans (Guinon), avec une bonne conservation de l'état général.

"Elle ne produit, écrit Lancereaux, aucun des graves désordres de nutrition qui s'observent quelquefois dans le cours du diabète sucré ; elle n'altère pas d'une façon notable les fonctions nutritives."

C'est plutôt une infirmité qu'une maladie.

Le pronostic "quoad vitam" peut donc être considéré comme bon en règle ordinaire ; si le malade succombe, c'est alors par maladies accidentelles.

La thérapeutique a malheureusement peu d'action sur cet état morbide.

On prescrira des toniques, du fer, du quinine, de l'huile de foie de morue, les amers, les aliments riches en matières azotées.

Il semble logique d'agir sur le rein en diminuant sa sécrétion. On peut employer dans ce sens, l'ergotine, l'adrénaline, la strychnine, la noix vomique, l'opium, la codéine (Gerhardt) l'acétate de plomb. On agira sur l'élément nerveux par les antispasmodiques, la valériane, l'antipyrine, la belladone, les bromures, l'électricité statique (Seidel).

Médecine Pratique

La Meningite cérébro-spinale. — Symptomatologie et traitement

La méningite cérébro-spinale à méningocoques sévit actuellement avec une certaine violence dans nombre de quartiers de Paris et dans des villes de province. Il convient d'être prévenu de cette poussée épidémique. MM. Arnold, Netter et R. Debié (Soc. med. hôpit., 26 février 1909) ont les premiers attiré l'attention sur l'extension rapide de cette affection. Nous sommes à la veille du printemps, il est à redouter que le chiffre des méningites n'aille croissant encore jusqu'en avril et mai. De plus, les cas observés se fixent dans certains quartiers, des cas de contagion sont observés, la méningite cérébro-spinale, d'endémique, qu'elle était depuis plusieurs années, devient épidémique. Pour ne parler que de Paris et des environs, les foyers se multiplient, à Saint-Denis, à Saint Mandé, dans le quartier Saint-Antoine, à Levallois-Perret, à l'Observatoire.

Cette épidémie qui menace de s'étendre, se caractérise par des caractères cliniques sur lesquels nous croyons devoir revenir. La brusquerie des accidents est telle que les malades s'affaissent parfois comme foudroyés. L'évolution générale paraît courte et la majorité des cas guérissent, mais à la condition d'être traités par le sérum. Quelques exemples suffiront pour esquisser le tableau clinique des formes courantes à l'heure actuelle.

Un jeune clerc de notaire, de vingt-quatre ans, prend part à un match de foot-ball. Le lendemain, il se sent fatigué; le surlendemain, il quitte son étude à cinq heures se plaignant de céphalée. Dès lors, en deux jours, se complète rapidement un léger syndrome méningé avec température à 40 degré, et délire violent, puis des convulsions se montrent et la mort survient dans le coma. L'évolution totale depuis l'apparition de la céphalée jusqu'à la mort dura deux jours. (obs. I. Siredey, Lemaire, Charrier, "Soc. méd. des hôpit." 26 février 1909).

Telle autre malade présente un coryza, le 20 janvier, elle est prise de frissons, de céphalée avec courbature généralisée; le 21 des vomissements apparaissent, le syndrome méningé est complet le 23. La raideur de la nuque est intense, le signe de Kernig très marqué. La température oscille entre 39 et 40 degrés pendant quatre jours. Le 26, après deux injections de sérum de Dopter, survient une défervescence progressive avec disparition des accidents méningés. (Observ. II. Siredey, Lemaire, Charrier).

C'est la même rapidité foudroyante qui caractérise les autres observations. La malade (Obs. IV D'Arnold, Netter et Debré (Soc. Méd., 5 mars 1909) Après une longue rhinite, présente de la fièvre et de la céphalée le 19 février; le 21, c'est-à-dire le surlendemain, la torpeur est complète, il y a de la raideur de la nuque et du Kernig. Le 22, les Drs Calonne et Lavocat trouvent le malade dans le coma avec incontinence d'urine. Guérison en 15 jours par le sérum antiméningococcique.

"L'herpès des lèvres," que l'on décrit comme un bon symptôme de méningite cérébro-spinale, "n'apparaît que tardivement," deux à trois jours après le début des accidents. Cet herpès apparaît souvent à l'orifice des narines, et, lorsqu'en même temps il existe une rhinite suppurée, on comprend la suppuration des vésico-pustules et l'aspect érysipélateux que présentait le premier malade de MM. Hudcok et Merle. (Soc. méd. hôp. 5 mars 1909).

Chez les enfants, MM. Netter et Debré (26 février 1905), signalent une évolution aussi aiguë. L'affection évolue en huit à quinze jours. Une fillette de cinq ans, est prise de vomissement le 17 janvier; le 18, la tête est renversée en arrière, et le 20 tout le tableau méningé est au complet (Kernig, tête contractée en arrière, raie méningée, hyperesthésie, vomissements.) On la traite: le 30, les symptômes se sont amendés et la température qui au début atteignait 39, est tombé à 37 degrés.

Chez le nourrisson, l'évolution est plus insidieuse. Des convulsions surviennent, la fontanelle antérieure est tendue, la nuque est raide, les vomissements sont tardifs et la mort survient après quatorze jours de maladie. (Obs. II. Netter, Debré, 26 février 1909).

En général, l'épidémie actuelle se montre rarement sous des formes insidieuses. Les méningites cérébro-spinales sont brutales pour la plupart, leur "début" est marqué par la "céphalée et des vomissements." Souvent même un coryza précède la méningite, trace probable de la voie de pénétration du microbe qui, suivant les opinions

de Weichselbaum et Ghon, passe des fosses nasales dans les méninges par l'intermédiaire des lymphatiques de la lame criblée.

En une nuit, le syndrome se dessine et la raideur de la nuque se montre. Ce n'est pas une raideur de nuque ordinaire, mais bien "un véritable opisthotonos" comme dans le tétanos. Le malade dans un subcoma délirant est couché en chien de fusil, la tête fortement portée en arrière. Le Kernig est particulièrement intense. Les signes de méningite sont au complet; nous passons sur leur énumération.

Ne retenons que deux symptômes: "l'élévation considérable de la température" qui oscille autour de 39 degrés, tandis que le pouls paraît régulier, bien frappé, et "l'herpès, labial ou facial." Inutile de compter sur cet herpès pour baser le diagnostic différentiel, ce symptôme est tardif, ne se montre qu'au troisième jour, quand le diagnostic doit être fixé et le traitement déjà institué.

Les formes de méningites actuelles paraissent bénignes dans leur évolution, mais à une condition: d'être traitées à temps.

Or, pour instituer un traitement actif, il convient d'avoir la certitude du diagnostic. Seule, la ponction lombaire apporte cette certitude. On pratique une ponction lombaire (1). Le liquide s'écoule en jet, on le recueille dans un tube, puis il est centrifugé ou simplement déposé une à deux heures. Le dépôt est recueilli à l'aide d'une fine pipette, étalé sur une lame, séché, fixé à la chaleur ou à l'alcool (10 minutes) coloré à un bleu de méthylène, lavé à l'eau, séché de nouveau, reconvert d'huile, examiné à l'immersion (Objectif 1-12). Le culot contient des polynucléaires et à leur intérieur des diplocoques en grains de café, entièrement analogues au gonococque de la chandepisse. C'est le "méningococque de Weichselbaum." Cette technique est simple, elle suffit dans la pratique, la technique complexe de M. Dopter (Soc. méd. des hôpit., 11 décembre 1909) devant être réservée pour les recherches scientifiques ou pour les laboratoires largement installés.

D'ailleurs, tout liquide céphalo-rachidien franchement trouble appartient presque toujours à une méningite aiguë à méningocoques ou à pneumocoques, exceptionnellement à une méningite tuberculeuse. Aussi peut-on conclure avec M. Griffon (Soc. méd. des hôp., 18 décembre 1908): "En l'absence de microscope, on devra injecter

(1) Malade assis sur le bord du lit, les jambes pendantes; ou couché sur le côté en "chien de fusil", aiguille à ponction lombaire bouillie, désinfecter la région, ponctionner sur la ligne médiane au niveau d'une ligne transversale qui unit les deux crêtes iliaques à leur point le plus élevé, la ponction est faite dans l'espace interépineux le plus voisin au dessus de cette ligne. Diriger l'aiguille légèrement oblique en haut et bien sur la ligne médiane. Enfoncer de 3 ou 4 travers de doigt. Le liquide s'écoule dès la pénétration dans le canal. La ponction est souvent plus facilement faite à 1 centimètre de la ligne médiane: l'aiguille devra alors être dirigée dehors en dedans et légèrement vers le haut.

E. St-J.

le sérum toutes les fois que l'on retirera un liquide purulent, cette injection ne présentant aucun inconvénient et devant être retardée le moins possible."

Nous arrivons au "traitement."

Il n'est pas de médication qui assure de meilleurs résultats, et une victoire aussi rapide. Dès la constatation de la méningite à méningocoques, envoyer chercher quatre flacons de 10 cent. cubes de sérum antiméningococcique à l'Institut Pasteur, ou les faire venir. En attendant, faire une simple ponction lombaire évacuatrice de 10 cent. cubes, donner un lavement si le malade n'est pas allé à la selle, et donner des bains chauds toutes les trois ou quatre heures, d'une demi-heure de durée. Au besoin, frictions de collargol, et une injection d'électrargol intramusculaire. Dès que nous sommes en possession du sérum, il n'y a plus à attendre : on pratique une nouvelle ponction lombaire, le liquide s'écoule toujours trouble. On en laisse écouler 20 à 30 cent. cubes dans un tube que l'on a antérieurement jaugé. Cette ponction lombaire doit être pratiquée le malade étant dans le décubitus latéral, maintenu dans la position de chien de fusil. Pendant l'écoulement du liquide, ou avant la ponction, on a aspiré dans une seringue de 20 cc. préalablement stérilisée ou longuement bouillie 20 cc. de sérum antiméningococcique. Après l'extraction du liquide céphalo-rachidien, la seringue est ajustée sur l'aiguille à ponction lombaire, et le piston est poussé très lentement en 5 minutes environ. L'injection terminée, retirer brusquement l'aiguille. Le lendemain, le surlendemain au besoin, on répète cette extraction de liquide céphalo-rachidien et cette injection de sérum antiméningococcique de Dopter.

Les résultats ne tardent pas à se manifester, la température tombe, l'état général s'améliore, le liquide cérébro-spinal s'éclaircit, tout ceci en trois ou quatre jours. L'action du sérum est merveilleuse.

Les observations de M. Netter le démontrent ; des enfants dans le coma complet sont ranimés et guéris. Pas d'accidents à craindre à condition d'opérer les ponctions dans la position couchée.

Il convient pour tout praticien de connaître cette action miraculeuse du sérum antiméningococcique. Nous avons eu l'occasion récemment d'assister à deux guérisons par ce traitement : en quatre jours le liquide céphalo-rachidien, de suppuré qu'il était, retrouvait sa limpidité et les malades délirants ou comateux la veille guérissaient entièrement, sans séquelles et sans accidents cérébraux.

Nous ne voulons pas rappeler les statistiques convaincantes de M. Netter, que nous avons publiées.

Leur lecture suffit pour entraîner les sceptiques ; nous n'exagérons pas en affirmant que le sérum antiméningococcique est aux méningites cérébro-spinales, ce que le sérum antidiphthérique est aux angines à fausses membranes spécifiques.

N. F. ex.

Journal des Praticiens.

La nouvelle loi Médicale

La profession médicale de cette province a, je crois, le droit d'être heureuse de l'adoption par notre législature et notre conseil législatif de la nouvelle loi médicale qui régit maintenant les médecins de la province de Québec.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, et sans vouloir faire de politique, qu'il me soit permis de dire, que si nous avons si complètement réussi cette fois à faire adopter notre projet de refonte générale des lois des médecins, nous le devons en grande partie à l'aide efficace, désintéressé, patriotique du premier ministre Sir Lomer Gouin, dont les bons conseils, l'appui et le dévouement ne nous ont jamais fait défaut.

Aussi à nos parrains les Honorables Dr Lanctot et Girouard au Conseil Législatif et à la Chambre au vaillant Dr Côté aidé de l'influence de tous nos confrères députés : le Dr Pelletier, Président de la Chambre et président du prochain congrès, le Dr Lemieux, le Dr Daigneault, le Dr Gaboury, le Dr Finnie.

Voici brièvement résumés, en quoi consistent les changements dans la loi :

Les Membres du Bureau provincial de médecine seront élus pour quatre ans au lieu de trois ans.

Toutes les lois d'exception sont abolies et pour toujours nous l'espérons, car il doit s'écouler maintenant cinq années entre la date du brevet et la date de la licence.

La durée des études médicales sera de cinq ans au lieu de quatre.

Le besoin d'études plus longues se fait sentir depuis plusieurs années et grâce à notre bureau médical d'examineurs nous espérons avoir avant longtemps l'échange de nos licences avec les autres provinces du Dominion, tout en conservant intacte notre autonomie provinciale.

Le Bureau médical d'examineurs va mettre fin aux bills privés ; car pour avoir le droit d'exercer dans la province, il faudra avoir passé tous ses examens devant le bureau médical d'examineurs. Pour créer ce bureau médical d'examineurs il fallait, tout en donnant un large contrôle des examens à la profession, respecter les chartres impériales des universités, leurs droits et leur légitime susceptibilité. Il fallait que les universités abandonnent d'elles mêmes un privilège qu'elles tiennent du gouvernement britannique, celui de donner des diplômes "ad pratiquandum." Il fallait aussi satisfaire aux réclamations des membres de la profession médicale, qui ont le droit de contrôler les connaissances de ceux qui vont entrer dans leur corps. C'est en s'inspirant de ces deux intérêts que le bureau d'examineurs a été formé.

Un point des plus délicats a été la formation du conseil de discipline. C'est le chapitre de la nouvelle loi qui a le plus longtemps retenu les avocats du Collège et les membres de la Commission de législation. Le conseil ne demandera pas beaucoup d'argent pour fonctionner. Il

n'y a que trois membres, trois juges, le quorum n'est que de deux. De plus le bureau des gouverneurs a le droit, dans certains cas, de se charger de tous les frais.

La loi protégeant le public contre les charlatans et les médecins contre les charlatans et rebouteurs a été modifiée profondément. Il ne sera plus obligatoire de prouver que le charlatan a reçu un montant d'argent pour ses services, mais simplement qu'il a exercé la médecine. La loi est formelle; quiconque exerce illégalement la médecine est passible d'une amende. Le montant de l'amende n'est pas plus de \$50.00 pour une première offense et pas moins de \$50.00 et pas plus de \$200.00 pour les offenses subséquentes. La définition de l'exercice de la médecine est clairement définie dans la nouvelle loi, nous espérons atteindre tous les charlatans, rebouteurs qui infestent la province.

Nous avons maintenant l'échange de nos diplômes avec l'Angleterre et les Colonies britanniques, avantage assez considérable surtout pour ceux de nos confrères qui aimeraient à entrer dans la marine royale ou dans l'armée impériale. Nous avons le ferme espoir et la presque certitude que d'ici peu d'années une licence de la province de Québec permettra d'exercer la médecine dans toute l'étendue du Dominion.

Mais où la loi a été le plus modifiée c'est dans le personnel du bureau des officiers. A la place du trésorier, des deux secrétaires, et du registraire, il n'y a plus maintenant qu'un officier exécutif LE REGISTRAIRE. Nous croyons que les affaires du Collège seront plus simplement administrées par un seul officier.

L'entente cordiale entre les universités et la profession qui est née l'automne dernier a produit ses premiers fruits. J'espère et j'ai des raisons d'espérer, que la profession et les facultés de médecine des universités actuelles et futures ne pourront en retirer dans l'avenir que des avantages et des bénéfices réciproques.

François de MARTIGNY.

Secrétaire de la Commission de Législation du Bureau Provincial.

Consultations Médicales

Antiseptie vésicale

(M.—Quelque sensible que soit votre malade, vous le cathétérisez absolument sans douleurs si vous lui injectez à l'avance dans l'urètre 5 à 8 cc. de la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne 0 20 cent.
Eau stérilisée 10 cc.

Sérrez le gland pour retenir le liquide analgésiant au contact de la muqueuse et attendez 3 à 5 minutes.

Quant à la meilleure médication locale pour désinfecter la vessie, je donne la préférence au Nitrate Argent, ainsi employé.

Nit. Argent 10 grammes
Eau distillée 150 cc.

1^o. Soupe (15 c.c.) équivalent à 1 gramme de Nit. Arg. et s'ajoute au moment de l'emploi à 1 ou 2 litres d'eau, soit donc une solution à 1-1,000 ou 1-2000. Laver la vessie, 10 sous petite pression,—20, et en n'y injectant que cinquante grammes ou à peu près à la fois.

Si la vessie est très douloureuse et conséquemment se rebelle sous les lavages, vous vous trouverez bien d'une instillation de 4 à 8 c.c. d'une solution aqueuse fraîche d'argyrol à 10 p. c. L'argyrol n'est pas irritant, tout en jouissant d'un fort pouvoir antiseptique.

Inutile d'ajouter que l'eau pour le lavage aura dû être bouillie,— le bœc pour le donner flambé et la sonde gardée dans les intervalles dans une solution boriquée forte ou phéniquée faible.

Pour la lubrification, servez-vous de glycérine carbolisée à 5 p. c. — ou mieux d'Huile d'olive stérilisée et carbolisée à 3 p. c.

Il serait inutile d'un côté de désinfecter la vessie si de l'autre vous la réinfectez à mesure; faute de précautions aseptiques.

E. ST JACQUES.

Traitement des paralysies diphtériques

R.—Vous désirez savoir si les paralysies post diphtériques guérissent et s'il est quelque chose à faire pour hâter cette guérison ?

Certainement. Tout d'abord je vous réfère à la page 89, no du 27 mars 1909 du Jnal, de Médecine et Chirurgie, où vous trouverez réponse à votre question. J'ajouterai que la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, vient de s'occuper tout récemment de cette même question, et voici résumées les opinions qui furent énoncées.

MM. Méry, Weill-Hallé et Parturier conseillent, comme traitement préventif et curatif de la paralysie diphtérique, la méthode suivante pour l'administration du sérum antidiphtérique.

1^o Injecter le sérum par la voie sous-cutanée, d'une façon continue, de jour en jour, durant l'angine et après l'angine, sans attendre les premières manifestations de la paralysie.

2^o Injecter des doses élevées 40, 50 à 60 centimètres cubes par jour, pendant la période aiguë, et 10 à 20 centimètres cubes tous les deux jours.

Associé à l'administration de 0 gr. 10 de poudre de surrénales par jour, comme le recommande M. le Pr Hutinel, ce traitement a donné des résultats excellents.

M. Netter emploie aussi le sérum antidiphtérique à hautes doses, dans les diphtéries graves et lui joint l'adrénaline. L'association de ces deux traitements, dans la diphtérie, permet de guérir promptement bon nombre de diphtéries graves sans complications. Et comme ces diphtéries graves, ajoute M. Comby, ne s'imposent pas toujours comme telles, au début de l'évolution clinique, le traitement intensif doit être appliqué et continué au cours de toute diphtérie. L'abondance du sérum injecté ne paraît pas devoir entraîner aucun accident anaphylactique, aucun accident toxique et M. Sicard a pu injecter, chez un malade atteint de paralysie diphtérique, plus de 600 centimètres cubes de sérum sans aucun accident.

L. VERNEP.

Thérapeutique Médicale

Quelques indications modernes du traitement digitalique

La physiologie pathologique du cœur a été rénovée par les travaux de Wenckelbach, Mackenzie, Hering, Engelmann. Il semble dès maintenant que les praticiens puissent tirer parti des connaissances nouvellement acquises. Les indications du traitement digitalique et les doses médicamenteuses nécessaires tirent des données physiologiques récentes, sinon matière à modifications profondes, au moins à éclaircissements et à déductions mieux entendues.

Nous rappellerons en quelques mots les notions indispensables. Trois propriétés élémentaires appartiennent à l'organe central de la circulation ; à une excitation née au niveau du sinus d'union des veines caves et des oreillettes répond la sensibilité des fibres myocardiques à cette excitation, c'est-à-dire leur "excitabilité"; puis intervient l'aptitude des fibres à réagir vis-à-vis de cette excitabilité en se contractant, j'entends leur "contractilité"; en dernier lieu la propagation de l'excitation du sinus veineux à l'ensemble du myocarde, par suite de la "conductibilité" du muscle.

Chacune de ces propriétés peut être touchée du fait d'une influence nerveuse ou d'une fatigue musculaire. Toutefois à mesure qu'on aborde les propriétés de contractilité et conductibilité, le système nerveux toujours en fonction possible accompagne une lésion musculaire de plus en plus accentuée. Quelle est la participation de chacun de ces éléments — nerf et muscle — dans le trouble produit ? Il n'est point toujours aisé de répondre. Tout ce que l'on sait se rapporte à l'extraordinaire richesse du myocarde en éléments nerveux : il est donc fort possible que dans certaines lésions profondes, nerf et muscles soient touchés en même temps. Au cours de la maladie de Stoke-Adams, née à une altération du faisceau de His, nous avons vu dans plusieurs exemples de pouls particulièrement lent (moins de 20 pulsations), la digitaline à très faibles doses (1-15 à 1-10 milligr.) relever le pouls à 34, 36, 40 battements, non au-dessus. Il restait un pouls lent, mais d'une lenteur moindre. Faut-il admettre en pareil cas la coexistence d'une altération fixée aux filets nerveux du myocarde et sur laquelle la digitale demeure sans action ? Et cette altération nerveuse terminale serait-elle susceptible de produire des effets similaires à ceux que l'on observe à la suite de l'excitation du pneumo-gastrique (Chauveau, Arloing) ou des lésions bulbaires : j'entends la dissociation des contractions auriculo-ventriculaires, dissociation qui aboutit au phénomène du pouls lent permanent et que l'on a observée en dehors de toute lésion du faisceau de His ?

Laissons les hypothèses et entrons dans la pratique. Lorsqu'on retrouve "l'excitabilité du cœur augmentée,"

comme il arrive dans les arythmies par production d'extrasystoles, une cause nerveuse ou organique peut être dépistée à l'origine. On éliminera les causes nerveuses résultant d'épuisement, d'obsessions, d'excitations, à distance, d'influences toxiques, de troubles dyspeptiques. Le traitement sera causal. Notons en passant l'effet favorable des bromures dans les arythmies entretenues par des obsessions hypochondriaques. Dans aucune de ces formes, on ne prescrira de digitale.

S'agit-il au contraire d'une arythmie par trouble musculaire ? La digitale retrouve sa place. Elle sera recommandée à doses d'autant plus faibles que le myocarde sera plus dégénéré.

Dans les insuffisances myocardiques au début l'excitabilité du cœur est accrue du fait de la gêne commençante de la circulation veineuse. Chose curieuse, la digitale agit en exagérant à son tour cette excitabilité (Wenckelbach, mais elle substituerait l'excitabilité par dose médicamenteuse à l'excitabilité par gêne circulatoire. Et cette substitution est favorable, car l'excitabilité par dose médicamenteuse réglée à la volonté du médecin augmente le tonus cardiaque et fortifie le muscle tandis que l'excitabilité liée à la gêne circulatoire diminue le tonus cardiaque et aboutit à la dilatation de l'organe

10 L'apparition d'extra systoles et du pouls gigéminé après certaines administrations digitaliques prouve bien que le remède accroît l'excitabilité du myocarde. Seulement il n'est pas dit que les doses faibles exercent à cet égard l'action des doses élevées et répétées.—Ajoutons que Gossage estime que la digitale diminue l'excitabilité du cœur. Les physiologistes ne s'entendent pas.

À l'origine, de ces troubles circulatoires, on pourrait à la rigueur ordonner les hautes doses de digitale. La plupart des médecins y ont renoncé. M. Huchard ne prescrit plus guère la dose de XI gouttes ; il se tient en général aux doses de X à XX gouttes. C'est également celle à laquelle nous demeurons fidèle : X à XV gouttes de la solution de digitaline cristallisée à 1-1000 à dix heures du matin, dans une cuillerée d'eau. Cette dose continuée un à deux jours est tout de suite abaissée à V gouttes les cinq ou six jours suivants. On interrompt dix à quinze jours et l'on recommence ensuite. Ce serait une faute d'attendre le retour des accidents cardiaques pour prescrire le remède. La digitale, si elle est curative, exerce des effets préventifs tout aussi précieux. Elle empêche le retour de l'insuffisance myocardique et c'est le résultat à atteindre.

Inutile d'ajouter que le repos au lit, le régime lacto-hydrique (1 litre et demi de liquide dans les 24 heures pendant 3 jours, ou bien encore 200 gr. de lait à 8 h., midi, 4 h. et 8 h., cinq jours de suite sans autre aliment ou boisson (Karell), le régime lacté avec bouillies au lait sera prescrit concurremment suivant les règles que nous avons fixées avec M. Huchard. Nous supposons, ce qui est l'ordinaire, des sujets non réfractaires à l'action digitalique. Il en est en effet qui, dès le début et en dépit de toutes les précautions prises, demeurent absolu-

ment insensibles à l'action du remède. Nous avons vu deux faits de cet ordre, et dernièrement encore, avec notre distingué confrère et ami, le Dr Métégot de Treigny, nous avons recueilli un exemple du même genre. Un cardio-rénal, âgé de 46 ans, n'avait à aucune époque tiré le moindre bénéfice de la digitale.

Ce sont là exceptions qui se comptent. En général, la médication agit vite et bien.

Toutefois l'action s'épuise à la longue. Cette heure est reculée très tardivement quand le médecin a eu soin de ne prescrire que des doses minimes. Pendant des années, des hyposystoliques vont et viennent. Une maladie infectieuse, telle que la grippe, offre l'inconvénient d'avancer l'heure où le myocarde ne répond plus à l'excitation digitale.

Mais encore là, la précaution des très faibles doses atténue singulièrement le danger. Ces doses de 1-10 de milligr. de digitaline sont les seules qui seront autorisées dans les insuffisances myocardiques anciennes ou les formes lésionales graves dès leur début (cardiopathies artérielles de M. Huchard).

On se tiendra, dès l'origine, à la dose de V gouttes de la solution à 1-1000 ; poursuivre 10 à 12 jours, interrompre 4 à 5 jours. Reprendre 10 à 12 jours et ainsi des mois de suite. Aucun risque d'accumulation n'est à craindre. Dans les cardiopathies artérielles, rappelons que l'association de la théobromine (2 cachets à 50 centigr.) est de rigueur.

Si la digitaline n'agit plus, reprenons le régime de réduction lacto-hydrique et le repos absolu. Mais ne croyons pas que des doses plus élevées produiront meilleur effet. A la rigueur on pourra essayer une dose de X gouttes un ou deux jours de suite. Des doses plus hautes risquent de faire beaucoup de mal. Prescrire XXX à XL gouttes de digitaline alors que depuis des mois ou années, le malade se trouvait bien de V gouttes, serait risquer une paralysie rapide et irrémédiable de la fibre musculaire. Sous l'effet du coup de fouet trop violent des hautes doses, le myocarde s'affaisse tout à fait.

20 Ce n'est pas l'excitabilité, mais la "contractilité" du cœur qui en jeu. Il est plus rare de dépister cette dernière à l'état isolé ; d'ordinaire les troubles de contractilité s'associent aux troubles d'excitabilité, quand la lésion est ancienne. A l'état de pureté, la diminution de la contractilité se signale par un tableau symptomatique assez net : des contractions faibles intercalées entre des contractions de force normale, les unes et les autres demeurant séparées par des intervalles égaux. C'est le "pouls alternant," indice habituel d'une faiblesse très accusée du muscle cardiaque. On l'observe aux dernières périodes du cœur rénal et à la suite de l'administration à hautes doses répétées de la digitale. Le traitement est simple. Suppression de digitale, quand celle-ci est en cause et en tout cas, s'il s'agit d'une lésion cardiaque, ne jamais recourir à de hautes doses médicamenteuses : V gouttes de la solution de digitaline à 1-1000, jamais davantage, à continuer des mois et des mois avec des intervalles de 4 à 5 jours tous les 10 ou 12 jours.

3. Si la "conductibilité" du myocarde est en cause, les précautions doivent encore être plus grandes. La plupart des auteurs rejettent la digitaline dans de pareils troubles qui ressortissent, comme on le sait, à la maladie de Stokes-Adams, avec contractions avortées ou bruits en écho (HUCHARD). Le travail de M. Esmein le plus récent sur ce sujet, proscrit absolument la digitale et ne parle nullement des résultats heureux qu'en particulier nous en avons obtenus. Les recherches expérimentales ne justifient nullement pareil ostracisme. Gibson montre en effet que la conductibilité du cœur n'est pas modifiée les premiers jours par l'administration de la digitale ; cette conductibilité ne diminue que lorsque l'administration du remède est poursuivie au delà de quelques jours.

En résumé ; doses décroissantes de digitaline dès qu'on passe des troubles de l'excitabilité aux troubles de la contractilité. Quand on aborde les troubles de la conductibilité, doses très faibles encore, mais en plus la précaution de n'ordonner le remède que peu de jours de suite.

RISSINGIER.

(In Jnal. des Praticiens.)

Régimes alimentaires des Néphrites.

Par le Professeur Gouget. (Gaz. des Hôp.)

Le tableau suivant pourra servir de guide ; il montre la richesse en albuminoïdes, graisse et hydrates de carbone, des principaux aliments :

1.000 grammes	Albumine	Graine de carbone	Hydrates
Oeuf de poule	132,2	119	4
Boeuf	209,6	54	4,6
Jambon	160	346	4,6
Ris de veau	220	4	
Cervelle	105,4	153,5	11,3
Saumon	216	127	
Anguille	128,3	283,7	
Pommes de terre	16	1	200
Manioc	11,7	4	283
Rognons de veau	221,3	27,7	
Châtaignes	57	15,8	384
Farine d'avoine	110	49	674
— d'orge	105,4	17,4	696
— de froment	101,5	9,7	737
Pain	69,8	7	538
Nouilles 1	98	4,5	727
Pois	220	16	
Lentilles	237,7	18	528
Gruyère	300,5	284,5	20,8
Brie et camembert	179,7	253	35
Epinards	35	5,8	44
Carottes	12,3	3	91,7
Chocolat	61,8	210	676

NOTES THÉRAPEUTIQUES

L'iodure de potassium et les citrates dans la pneumonie

Le pneumocoque est un micro-organisme dont la virulence varie beaucoup dans les diverses saisons. Dans certaines années les décès par pneumonie sont rares, ils sont nombreux au contraire dans d'autres. Il en résulte que le traitement que l'on a pu appliquer dans les années favorables passe pour le meilleur, mais si l'on vient l'essayer dans les cas semblables dans les années défavorables on peut reconnaître que sa valeur n'est souvent guère supérieure à celle d'autres traitements employés.

Néanmoins beaucoup adoptent un plan particulier de traitement avec une certaine confiance. Parmi ces méthodes, on peut citer celle d'Ewart qui recommande l'iodure de potassium et les citrates de potassium et d'ammonium. Après une dose initiale de calomel cet auteur prescrit le mélange suivant :

Iodure de potassium	0 gr. 25
Citrate de potassium	0 gr. 60
Citrate d'ammoniaque liquide	2 gr.
Véhicule	Q.s. pour 30

Ce mélange est d'abord donné toutes les heures pendant les six premières heures, puis toutes les deux heures le jour suivant, enfin toutes les quatre heures jusqu'à la défervescence.

Certains prescrivent une dose plus élevée de citrate d'ammoniaque.

(The Hospital, 3 avril 1909.)

Influence du régime ovo-lacto-végétarien déchloruré avec ou sans bromure sur l'épilepsie

L'auteur a expérimenté le régime ovo-lacto-végétarien déchloruré associé à la médication bromurée sur les épileptiques du service de M. Brunon. Ce régime a été exclusif, c'est-à-dire sans médication bromurée pendant deux mois ; pendant un mois le bromure a été associé au régime, chaque épileptique prenant par jour quatre cuillerées à soupe de la solution suivante :

Bromure de potassium	30 gr.
Bromure d'ammonium	15 gr.
Bromure de sodium	15 gr.
Eau distillée, q. s. p.	1000 gr.

Les malades ignoraient qu'elles prenaient du bromure. La solution était additionnée de quelques gouttes de bleu de méthylène et additionnée d'une quantité suffisante

de sirop d'écorces d'oranges amères pour masquer la saveur spéciale de bromure.

Pendant toute la durée de l'expérience la constipation, presque générale, a été combattue systématiquement chez chaque malade. À l'exception de quelques-unes trop âgées, les malades ont été envoyées aux douches chaque matin.

Sur treize malades, dix-neuf paraissent avoir tiré un réel profit du traitement. La plupart ont vu leurs crises disparaître complètement, d'autres ont éprouvé un soulagement considérable par l'affaiblissement des crises et par la diminution de leur fréquence. Les malades presque toutes dyspeptiques ou constipées, ont eu des digestions beaucoup plus faciles pendant toute la durée de l'expérience.

Le caractère a été plus égal, l'esprit plus tranquille.

Le bromure semble nécessaire au succès du traitement, mais son action a été beaucoup renforcée par la déchloruration du régime alimentaire, 4 grammes de bromure par jour ont suffi pour débarrasser les malades de leurs accidents nerveux. Le régime déchloruré ne paraît pas avoir produit d'accoutumance pour la médication bromurée qui a été d'autre part, très bien tolérée.

L'absence du chlorure de sodium peut être compensée de bien des façons : un entremets sucré, du chocolat des fruits confits font facilement passer la fadeur des aliments préparés sans sel.

Par F. Delabrousse (La Normandie Médicale, 15 avril 1909).

Traitement des hémorragies pulmonaires

L'auteur divise les hémorragies pulmonaires en trois groupes suivant les conditions pathologiques : 1^e hémorragie capillaire résultant de l'hyperémie de la muqueuse bronchique ou du tissu pulmonaire, associée à des érosions de la muqueuse ; 2^e hémorragies résultant de la destruction d'un petit vaisseau, artère ou veine ; 3^e hémorragie provenant de la rupture d'un gros vaisseau.

Dans la très grande majorité des cas c'est au premier type qu'on a affaire : des causes très variées peuvent produire ces hémorragies, le plus souvent une augmentation de la pression sanguine. La dyspnée qui précède l'accident, l'abondance et la brusquerie de l'hémorragie peuvent faire juger de l'état congestif. Dans un cas de cette catégorie, il faudra prescrire immédiatement le repos complet, vider l'intestin, surveiller l'état des reins et, dans le cas de congestion, recourir au nitrite d'amyle ou au nitrite de potassium. Une fois l'hémorragie arrêtée on administrera la nitro-glycérine à la dose de 1 milligramme toutes les trois ou quatre heures. En règle la

dose de ce médicament sur la pression sanguine on pourra souvent éviter le retour de l'hémorragie.

Une petite dose de morphine administrée au moment de se coucher calmera la toux et permettra le sommeil. Pour éviter les effets secondaires fâcheux, l'auteur donne d'habitude du chlorure d'ammonium avec de la codéine à petites doses. Comme laxatif il prescrit du sulfate de magnésie à la dose de 4 grammes trois fois par jour. Toutefois on évitera la surcharge médicamenteuse.

Dans le second type dû à la rupture d'un petit vaisseau, la première indication est de diminuer l'énergie cardiaque et par suite l'afflux du sang dans les poumons ; l'aconit est ici le meilleur médicament. En outre on a recours aux sels de calcium pour augmenter la coagulabilité du sang. L'ergot de seigle n'a aucune valeur et peut même être nuisible.

Dans le troisième type avec rupture d'un vaisseau volumineux, il n'y a guère qu'à laisser passer la période de collapsus, après quoi on combattra l'anémie, même par l'injection de solutions salines.

Par J.-B. Fish (J. of the Am. Med. Ass., 13 mars 1909)

Cas de résection totale des saphènes pour phlébite variqueuse

Il s'agit d'un homme de cinquante-trois ans, atteint au membre inférieur gauche de varices qui l'avaient fait réformer. Il existe des bosselures thrombosées sur la face interne de la jambe et sur le dos du pied avec légère rougeur.

Malgré le repos au lit et les applications résolutive, la phlébite a suivi une marche ascendante et a gagné l'amas variqueux de la partie supérieure du mollet. On décide alors de pratiquer la saphénectomie totale.

La saphène interne est enlevée par deux incisions, l'une fémorale, l'autre jambière. La dissection des paquets thrombosés, entourés d'une zone de périphlébite, est très laborieuse.

La saphène externe est volumineuse, dilatée, scléreuse et reçoit comme affluents les veines transversales

thrombosées qu'on vient de lier. La réunion fut complète au bout de cinq jours. On enlève les agrafes en laissant seulement les crins placés de loin en loin sur la ligne d'incision de la saphène externe. On enlève les crins cinq jours plus tard, et la semaine suivante, le malade sort tout à fait guéri.

L'observation est intéressante, surtout au point de vue de l'indication opératoire, qui fut tirée exclusivement de la phlébite variqueuse. &

Celle-ci est pour l'auteur une indication formelle de la saphénectomie totale. Le malade se lève et marche complètement guéri, un mois à peine après l'intervention alors qu'il eût fallu attendre peut-être pendant des mois la résorption des thrombus par le traitement médical.

La LOIRE MÉDICALE, 15 mars, 1909.

Traitement de l'asthme bronchique (nerveux)

L'auteur préconise l'emploi de l'adrénaline, couramment utilisée en Amérique pour combattre cette affection. On a pensé que la vasoconstriction médicamenteuse provoque une ischémie faisant disparaître le gonflement et la sténose des bronches. Mais l'auteur n'a trouvé aucune augmentation de la pression artérielle chez les asthmatiques traités par l'injection d'adrénaline (0 cc. 5 de la solution au millième). Il faut injecter 1 cc. pour obtenir de l'hypertension. L'auteur croit qu'il s'agit plutôt d'une excitation du grand sympathique.

L'adrénaline donne des résultats remarquables dans l'accès d'asthme aigu : l'auteur ne peut se prononcer sur l'action du médicament en dehors des accès. C'est surtout chez les sujets jeunes, ne présentant pas de complications cardio-pulmonaires que l'on obtient des succès.

L'adrénaline ne provoque aucun effet accessoire, en dehors d'un peu d'irritation, dans quelques cas, du point d'injection.

Les 5 observations publiées montrent que 0,50 à 1cc. de la solution suffisent à enrayer en cinq à dix minutes des accès même très violents.

(Berl. Klin. Woch., 29 mars 1909.)

PROGRES DES SCIENCES MÉDICALES

Point de côté abdominal à forme appendiculaire de la pneumonie ; crise douloureuse abdominal du purpura.

M. le Dr Maurice Brelet, à propos d'observations nouvelles, insiste, dans la "Gazette Médicale de Nantes" (No 39), sur les difficultés de diagnostic singulières que peuvent présenter la pneumonie et les crises de purpura, en

raison du point de côté abdominal qui peut les accompagner, et surtout sur la confusion qui peut se faire en pareil cas avec l'appendicite.

Un enfant, par exemple, est pris tout à coup de fièvre, de douleurs dans le ventre et de vomissements ; à l'examen de l'abdomen, on constate que la douleur est localisée dans la fosse iliaque droite ; le petit malade est constipé. Ces premières constatations très sommaires

étant faites, il est assez naturel de penser à une appendicite, mais il est au moins aussi important de se méfier, d'avoir l'idée d'un début de pneumonie droite et de faire, en conséquence, un examen clinique très complet et très minutieux. En effet, le point de côté qui marque le début de la pneumonie peut être ressenti très bas vers les dernières côtes, l'hypocondre et jusque dans le ventre; cette particularité n'avait pas échappé à Grisolle et, dans son *Traité de la pneumonie*, il cite la douleur dans une fosse iliaque; ce détail fut un peu oublié puis redevint intéressant quand on s'occupa de l'appendicite; plusieurs erreurs de diagnostic furent alors faites, plusieurs ventres ouverts de malades qui avaient une pneumonie. Alors on commença à s'inquiéter de ces faits et à y regarder de plus près. Mirande montra dans sa thèse que le syndrome appendiculaire, sans lésions de l'appendice, peut accompagner diverses affections thoraciques. Garreau reprit cette étude et apporta quelques nouvelles observations de "pneumonies à point de côté abdominal" ou pseudo-appendicites pneumoniques. Comby leur consacre deux pages dans l'article "Pneumonie" du "*Traité des maladies de l'Enfance*"; Weil, Nobécourt, les signalent dans leur "*Précis de Médecine infantile*."

Le diagnostic de cette "forme appendiculaire de la pneumonie" se fera, pourvu qu'on y pense, parce qu'on ne trouve pas tous les symptômes de l'appendicite et parce que, d'autre part on trouve, en cherchant bien, quelques symptômes thoraciques qui ne sont pas du tableau clinique de l'appendicite.

L'enfant se plaint du ventre, a des vomissements, est constipé; mais la douleur est diffuse, occupe toute la fosse iliaque droite, est rarement localisée au point de MacBurney; cette douleur légère, superficielle, elle ne s'accompagne qu'exceptionnellement de contracture musculaire et d'hyperesthésie cutanée; enfin et surtout le lendemain et les jours suivants, les symptômes abdominaux s'atténuent, les signes physiques habituels de l'appendicite n'apparaissent pas. Par contre, on remarque que l'enfant a quelquefois de la toux, presque toujours de la dyspnée; si l'on constatait toujours à l'examen du poumon droit les signes physiques de la pneumonie (submatité, souffle tubaire et râle crépitant), l'hésitation ne pourrait être de longue durée; ce qui complique la situation, c'est qu'il faut savoir faire le diagnostic de pneumonie chez l'enfant, alors que ces signes font complètement défaut, car il est très fréquent que la pneumonie soit d'abord centrale et ne donne des signes physiques bien nets qu'après plusieurs jours. Dans ces cas, on attachera une grande importance au skodisme sous-claviculaire du côté où on suppose l'existence d'un foyer pneumonique, à droite par conséquent pour les pneumonies à forme appendiculaire; on cherchera le défaut d'expansion thoracique dans cette même région, sous-claviculaire (Weill); la faiblesse du murmure vésiculaire en un point de la poitrine indiquera quelquefois aussi la présence d'une pneumonie centrale. L'évolution de la courbe thermique, les caractères du pouls sont encore de éléments de diagnostic différentiel.

On a cherché naturellement à expliquer le point de côté abdominal de la pneumonie. Garreau admet qu'il est produit par une irradiation douloureuse des nerfs intercostaux.

M. Brelet rapporte deux observations de ce genre tout à fait typiques.

Ces pneumonies à point de côté abdominal s'observent surtout en médecine infantile; cependant elles peuvent également survenir chez les adultes; les difficultés du diagnostic sont généralement moins grandes.

Le purpura, comme la pneumonie, a une forme appendiculaire ou pseudo-péritonéale. Dans la plupart des cas de purpura rhumatoïde, l'exanthème purpurique et les manifestations articulaires sont accompagnés de quelques troubles gastro-intestinaux; nausées et vomissements, douleurs au creux épigastrique, coliques et diarrhée. Que ces symptômes s'exagèrent et passent au premier plan, on est alors en présence d'une crise douloureuse abdominale; si les taches purpuriques sont discrètes, si surtout les troubles gastro-intestinaux précèdent l'exanthème, on discutera le diagnostic de toutes les affections douloureuses de l'abdomen avant de songer au purpura. Parmi les travaux récents sur ce sujet, nous citerons la thèse de Calmiels, les communications de Guinon et Vielliard. Dans sa thèse, Vielliard a rassemblé toutes les observations publiées, et a donné une étude clinique très complète des "crises douloureuses abdominales" en rapport avec le purpura.

La crise douloureuse survient habituellement chez un enfant déjà malade depuis plusieurs jours, ayant eu des douleurs articulaires et des taches de purpura; parfois le purpura se montre sur la peau longtemps avant la crise gastro-intestinale; enfin, mais rarement, les symptômes gastro-intestinaux précèdent l'apparition du purpura cutané; peut-être même la crise abdominale peut-elle survenir sans que le malade présente d'éruption cutanée.

Le syndrome appendiculaire est ici évidemment plus rare, aussi est-ce surtout dans la pneumonie que la confusion a été faite avec l'appendicite.

(in *Le journal de Med. et Chir. Pratique.*),

